



**\*\*\* Completar esta parte solo si su queja es en relación al EMPLEO \*\*\***

*Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

*El nombre y título de la persona o personas en la compañía que le causó su problema:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Fecha que empezó a trabajar para la compañía: \_\_\_\_\_ Su título: \_\_\_\_\_

Hay un sindicato o unión:  Sí o  No

Aproximadamente cuantas personas trabajan para esa compañía: \_\_\_\_\_

Último día que trabajo: \_\_\_\_\_

Si fue despedido, fecha de terminación : \_\_\_\_\_

Fecha de ultima discriminación: \_\_\_\_\_

Indique todo lo que paso que usted cree que fue discriminación. (Puede dar mas detalles en su entrevista.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que remedio razonable está buscando usted?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha registrado esta querrela con alguna otra agencia o un tribunal por este mismo caso?  Sí  No

Cuál agencia o tribunal? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*\* Completar esta parte solo si su queja es en relación a VIVIENDA \*\*\***

*Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

*El nombre(s) y título de la persona o personas en la compañía que le causó problema:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que le hizo la persona o compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)

- Desocupación de vivienda                       Se negó a rentarle el apartamento/casa  
 Se negó a enseñarle el apartamento/casa       Se negó a venderle la casa  
 Se negó a financiarle la venta                       Otro (expique): \_\_\_\_\_

La fecha original de discriminación: \_\_\_\_\_

La fecha más reciente de discriminación: \_\_\_\_\_

El condado donde ocurrió la discriminación: \_\_\_\_\_

Describa todo lo que ocurrió que usted cree que fue discriminación. (Puede dar mas detalles en su entrevista.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que solución razonable está buscando usted? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha registrado ésta querrela con alguna otra Agencia o un Tribunal por este mismo caso ? \_\_\_\_\_

Cual Agencia o Tribunal? \_\_\_\_\_

**\*\*\* Completar esta parte solo si su queja es en relación a  
LUGARES PÚBLICOS, EDUCACIÓN O CREDITO \*\*\***

*Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

*El nombre(s) y título de la persona o personas en la compañía que le causó problema:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De que clase de compañía/organización está usted quejándose?

Restaurante                       Tienda                       Escuela                       Agencia de Gobierno

Club                                       Banco                       Agencia de Beneficencia

Otro: \_\_\_\_\_

Que le hizo la compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)

Comodidades Públicas (Restaurante/Tienda, etc)

Negó servicio                                       Negó membresía                                       Terminó membresía

Negó hospedaje/servicio                                       Negó Crédito/Préstamo                                       Negó Aplicación

Suspendió de la Escuela                                       Otro: \_\_\_\_\_

La fecha original de discriminación: \_\_\_\_\_

La fecha más reciente de discriminación: \_\_\_\_\_

El condado donde ocurrió la discriminación: \_\_\_\_\_

Que solución razonable está buscando usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha registrado ésta querrela con alguna otra Agencia o un Tribunal por este mismo caso ? \_\_\_\_\_

Cual Agencia o Tribunal? \_\_\_\_\_

*Por favor lea la siguiente información, y firme abajo si usted autoriza una investigación de su querrela. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta sección, por favor vea a un Investigador de la Comisión, quien le clarificara acerca de nuestros procedimientos.*

Yo certifico que ha mi se me han explicado los procedimientos de la Comisión y yo entiendo que este formulario no es una querrela formal. Yo entiendo que si mis alegaciones están dentro de la jurisdicción de la Comisión, yo podría llevar mi querrela formal hasta la División Estatal de la Comisión de Derechos Humanos ( y con la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleos) en las oficinas de la Comisión Derechos Humanos del Condado de Suffolk, o podría solicitar que la Comisión investigue el hecho en una forma informal para determinar si la situación puede ser resuelta de una manera más rápida sin la necesidad de llegar a una querrela formal.

Yo solicito que la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk tome cualquier acción que sea necesaria para su investigación, y por ende doy mi autorización para que cualquier información contenida en este formulario sea revelada a cualquier persona que sea necesario. Y también autorizo a la Comisión para que examine mi archivo de trabajo, mi archivo médico o cualquier otro archivo pertinente, y reciba las copias necesarias sobre éste particular, así como para obtener cualquier información que sea requerida en la investigación de estas alegaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*\*\*

**Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que nos pueda informar como comunicarnos con usted.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Quien le referio a la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_